

FIEBERTAGEBUCH

Intensivkompakt

17.-23.4., St. Gilgen



Nachname: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum, Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Straße, Nr., PLZ, Ort, Land _____

DATUM	TAGESZEIT	TEMPERATUR	ETWAIGE KRANKHEITSZEICHEN (trockner Husten, Hals- und/oder Gliederschmerzen, starke Müdigkeit, Durchfall, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, etc.)
MO, 12.4.2021	morgens		
	abends		
DI, 13.4.2021	morgens		
	abends		
MI, 14.4.2021	morgens		
	abends		
DO, 15.4.2021	morgens		
	abends		
FR, 16.4.2021	morgens		
	abends		

Hiermit bestätige ich, dass ich o.a. Tabelle wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und derzeit kein Hinweis auf eine Covid19-Erkrankung besteht.

Datum: _____ Unterschrift: _____